

Universität Bielefeld

**Fakultät für Erziehungswissenschaft
AG 7 Pädagogische Beratung**



Jahrbuch Familiäre Pflege 1. Jahrgang 2018



Modellprojekt der Universität Bielefeld
gefördert von der AOK Rheinland/Hamburg & der AOK NORDWEST

Jahrbuch Familiäre Pflege

1. Jahrgang 2018

Herausgeber*innen

Prof. Dr. Katharina Gröning

M.A. Carina Schiller

M.A. Jan-Willem Waterböhr

Kontakt

Modellprogramm Familiäre Pflege unter den Bedingungen der G-DRG

Universität Bielefeld

Fakultät für Erziehungswissenschaft

AG 7: Pädagogische Beratung

Universitätsstraße 25

33615 Bielefeld

<http://www.uni-bielefeld.de/familiale-pflege>

September 2018, Universität Bielefeld

Inhaltsverzeichnis

Editorial	7
<i>Katharina Gröning</i> Grundannahmen des Modellprogramms "Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG"	9
<i>Katharina Gröning, Katharina Niedling</i> Wissenschaftliche Beratung im Modellprogramm „Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG“	32
<i>Carina Schiller</i> Die Geschichte des Modellprogramms „Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG“	55
<i>Jan-Willem Waterböhr</i> Organisations- und EDV-Beratung im Modellprogramm "Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG"	79
<i>Sonja Bergenthal</i> Psychiatrische Krankenhäuser im Modellprogramm "Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG": Beratung, Entwicklungen und Chancen	109
<i>Susanne Johannes</i> Die erfolgreiche Implementierung des Modellprogramms „Familiale Pflege“ im Krankenhaus – Ein Gewinn für beide Seiten	124
<i>Martina Klewitz</i> Entwicklung des Modellprogramms „Familiale Pflege“ in den GFO Kliniken Troisdorf	133
<i>Frank Görgen</i> Integration des Bereiches „Familiale Pflege“ in den Fachbereichen des Psychiatrischen Fachkrankenhauses der Theodor-Fliedner-Stiftung, Mülheim an der Ruhr.	140

Grundannahmen des Modellprogramms "Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG"

Abstract

Die folgende Argumentation nimmt das für die Familiale Pflege seit den 1980er Jahren beschriebene Modernisierungsdilemma auf und führt es auf ethische und sozialpolitische Grundsätze zurück. Im Mittelpunkt steht dabei die postmoderne (Generationen-)Ethik, so wie sie vor allem durch Honneth und Nussbaum international vertreten wird. Die generative Ordnung gilt danach auch in modernen Gesellschaften, eine Auflösung dieser Ordnung würde das Vertrauen als zentrale Grundlage moderner Rechtsstaaten zerstören. Eine zweite Argumentation bezieht sich auf die psychosozialen Entwicklungsaufgaben im Lebenslauf und die hier innewohnende Entwicklungsaufgabe der Generativität, die geschlechtergerecht gestaltet werden muss. Eine moderne Solidarität benötigt schließlich, um sich zu konstituieren, einen entsprechend fundierten Bildungsbegriff. In diesem Sinn wird eine Weiterentwicklung des Pflegeversicherungsgesetzes gefordert.

2007 haben wir zum ersten Mal ein Handbuch zu den „Neuen Herausforderungen im Übergang vom Krankenhaus in die häusliche Pflege“ für das MAGS NRW verfasst (vgl. Gröning, Lienker & Radtke-Röwekamp 2007). Im Fokus standen dabei vor allem die alterspolitischen Begründungen für das Modellprogramm „Familiale Pflege“ sowie das Konzept der Entwicklungsaufgaben der Familie, die vor der Frage der Pflege steht. Ausgangspunkt unseres Projektes, welches wir 2004 zunächst mit 25 Krankenhäusern in Ostwestfalen begonnen haben, waren familiendynamische Prozesse und Konflikte bei der Frage, „wer pflegt“. Diese standen nach Erkenntnissen unserer eigenen Forschung in verschiedenen Vorgängerprojekten¹ in einem deutlichen Gegensatz zum Bildungsangebot für pflegende Familien, zu den Hilfen, aber auch im Gegensatz zur Auffassung vieler Professioneller, die ohnehin der Meinung waren, der alte pflegebedürftige Mensch sei besser in einer Einrichtung aufgehoben als in einer überforderten Familie. In allen Bereichen der Versorgung stand der Pflegebedürftige im Fokus, die Familie wurde hingegen als sein Umfeld betrachtet und musste sich professionelle Bewertungen und Skepsis gefallen lassen (vgl. Gröning 2011). Gleichzeitig war die institutionelle Betrachtung des Pflegebedürftigen und seines Umfeldes versachlicht im Sinne eines „Falls von“ bzw. „Falls für“ (vgl. Müller 1997). Die lebensweltlichen Dimensionen, der Alltag in der Familie und ebenso die Denkweisen und Sinnstrukturen in den pflegenden Familien und vor allem bei den Angehörigen waren vernachlässigt. Dass Angehörige die Pflege und Sorge als Entwicklungsaufgabe lernen können, war weniger der Sinn der verschiedenen Angebote. Die Beratung und Bildung der Angehörigen diente eher der Vermittlung von Produkten und Dienstleistungen im Pflegemarkt (Gröning 2006a). Prominentes Beispiel für die so verstandene Unterstützung und Entlastung der pflegenden Angehörigen, die als belastet und gestresst von der Pflege gelten, ist die Kurzzeitpflege, um einmal Urlaub zu machen. Was es aber wirklich heißt, einen bindungssuchenden demenzkranken Menschen in

¹ Vgl. Projektbericht. Gerechtigkeitsvorstellungen pflegender Frauen, Angehörigenarbeit in den stationären Einrichtungen NRW und Gerontopsychiatrische Familienberatung (dazu auch Gröning, Kunstmann, Rensing 2004).

eine Einrichtung zu bringen, die die Kurzzeitpflegepatienten lediglich einstreut und deren Leistungen entsprechend der alten Pflegeversicherung funktional und verrichtungsorientiert sind, haben Angehörige erfahren, die sich an diesem Modell versucht haben (vgl. Gröning, Kunstmann & Rensing 2004; Gröning & Röwekamp 2007; Gröning 2009)². Die Symptome ihres Angehörigen mit Demenz wurden ihnen quasi vorgehalten, die Psychiatrie wurde eingeschaltet oder das Pflegeheim rief fast täglich an, um die Pflege und den Umgang abzusprechen. Der komplexe Alltag in der häuslichen Pflege ist im Rahmen eines Ansatzes, der die Familie lediglich als Konsumenten in einem Pflegemarkt sieht, nicht abzubilden.

Im Gegensatz dazu wollten wir im Rahmen des Modellprogramms „Familiale Pflege“ die Familie und ihren Alltag sowie die Bedingungen des Pflegens und Sorgens als Ganzes erfassen und verbessern. Es sollte verhindert werden, dass die Familie sich an der Frage der Pflege spaltet oder entzweit und am Ende entweder eine Heimeinweisung unausweichlich erscheint, um den Familienfrieden zu schützen oder eine einzige, zumeist weibliche Person mit der Verantwortung für die Pflege zurückbleibt.

Unser Ansatz steht im Widerspruch zu den mehrheitlichen Auffassungen in der Wissenschaft, die in der Sorge für einen alten Menschen in der Familie vor allem eine Last und Belastung sehen oder eine vormoderne Tradition, die sich in modernen, erwerbszentrierten, individualisierten Gesellschaften nicht mehr begründen lässt. Auch widersprechen wir vorwiegend dem ökonomischen Menschenbild geschuldeten Auffassungen in der Wissenschaft, die davon ausgehen, dass nur jene Familien zur Pflege bereit sind, die davon einen ökonomischen Nutzen haben und sogenannte Opportunitätskosten geltend machen können. Dieses wird in den folgenden Abschnitten ausgeführt (vgl. Runde et al. 2010, Blinkert & Gräf 2009, Runde 1999).

Im Zusammenhang mit der Umsetzungsforschung ist ferner zu fragen, wie das „System Krankenhaus“ dahingehend verändert werden kann, die Bildung und Beratung von pflegenden Angehörigen familien- und alltagsorientiert zu realisieren. Dazu hat das Modellprogramm einen organisationswissenschaftlichen Ansatz entwickelt, den es nach der Darlegung der ethischen Grundannahmen des Modellprogramms, den familientheoretischen Grundannahmen der vergangenen 30 Jahre, der Bedeutung der Bildung von pflegenden Angehörigen und den Grundlagen des Systems Krankenhaus herzuleiten gilt.

² Ausgewertet wurden 30 familiäre Pflegesituationen im Zeitraum von 2001 bis 2004.

Die ethischen Grundannahmen des Modellprogramms „Familiale Pflege“

Das ethische Dilemma in der pflegenden Familie ist schon vor Einführung der Pflegeversicherung vor allem als Modernisierungsdilemma und als Dilemma der Frauen dargestellt worden. Nicht der demografische Wandel als gesamtgesellschaftliche Herausforderung (Backes 1994), sondern die Veränderung der Frauenrolle wurde wissenschaftlich als das eigentliche Problem wahrgenommen (vgl. Kunstmann 2010, 187-272). So argumentierten z. B. auch Franz Schultheis (1993, 417), dass der Generationenvertrag auf einem traditionellen Geschlechtervertrag ruhe. Ändere sich der Geschlechtervertrag, sei der Generationenvertrag nicht zu erfüllen. Andere Wissenschaftler_innen problematisierten vor allem Modernisierungsanforderungen an die Frauen als neues Hindernis die Pflege zu übernehmen. Die Politik antwortete hierauf mit dem Konzept der Wahlfreiheit. Frauen oder Familien sollten sich frei entscheiden können, ob sie pflegen und wer pflegt (Nauck 2006, Eckstein 2009). Von Bedeutung ist weiterhin der feministische Diskurs, vor allem die feministische Sozialpolitikanalyse. So wies Seubert (1993) nach, wie benachteiligend und armutsfördernd eine Entscheidung für die Pflege und für die Generationensolidarität ist, da mit dieser Entscheidung zwangsläufig ein leiser sozialer Abstieg der Pflegeperson verbunden ist. Sie verliert mit der Entscheidung für die private Sorge und Pflege sowohl ökonomisches als auch soziales und kulturelles Kapital (Heimann 2009). Die Übernahme der Pflege sei letztlich dem Habitus geschuldet, also einem verinnerlichten Pflichtgefühl, welches seine Trägerin dazu zwingt, wider besseren Wissens und gegen die praktische Vernunft eine Aufgabe zu übernehmen, die sie deutlich benachteiligt und aus der Kontinuität ihrer Lebensführung katapultiert.

Es war abzusehen, dass bei dieser ethischen Spannung zwischen formaler Wahlfreiheit, realer Modernisierung, tatsächlicher sozialer Lage und Ungeschütztheit des Status der pflegenden Angehörigen die Konflikte um die Übernahme der Pflege sich stark moralisieren würden, wenn nicht gesellschaftliche Wege institutionalisiert werden können, die zu mehr Gleichberechtigung, sozialer Sicherheit und Anerkennung vor allem der Pflegepersonen führen. Es drohte ein Denken, dass jemand „dumm genug“ sei zu pflegen oder eben nicht genügend Opportunitätskosten einbringen könne, um die Pflegeverantwortung abzulehnen. Dies ist der Ausgangspunkt der Beratung und Bildung im Rahmen unseres Modellprogramms:

- Wie kann Entsolidarisierung in der Familie vermieden werden?
- Wie können auch jene Familienmitglieder in die Verantwortung einbezogen werden, die sich wegen „Opportunitätskosten“ oder „Modernisierungsanforderungen“ der Pflege entziehen?
- Wie kann verhindert werden, dass nur diejenigen pflegen, die in der Rangordnung und Hierarchie der Familie unten stehen?
- Wie kann innerfamiliäre Gerechtigkeit gefördert werden?

Eine Dominanz des ökonomischen Nutzendenkens in der Familie entwertet nicht nur die Sorge, sondern befördert ein geradezu dramatisches ethisches Dilemma in Bezug auf das Alter und den

Pflegebedürftigen. Er wird zum Störer, zur Last. „Dumm genug zu pflegen“, „Pflegestreik“, „Modernisierungsanforderungen“ und „Opportunitätskosten“ – die Durchsetzung dieser Positionen hätte bedeutet, dass das Vertrauen in die Gerechtigkeit zwischen den Generationen, das Vertrauen in das Verhältnis von Eltern und Kindern, Geben und Nehmen und das Vertrauen in einen letztlich gerechten Sozialstaat grundlegend erschüttert würde. Unsere Frage war, wie sich angesichts der wissenschaftlichen Kritik an der häuslichen Pflege diese ethisch begründen lässt, ohne eine Institution „zu Lasten der Frauen“ (Seubert 1993) zu werden. Wir fanden Hinweise auf eine Ethik der familialen Sorge bei den postmodernen Philosophen, vor allem bei Axel Honneth und der feministischen Philosophie von Seyla Benhabib (2008) und Martha Nussbaum (1999). Hinweise zur Bedeutung der generativen Sorge für die Identität einer Person und damit ihre Stärke und ihren Wesenskern fanden wir bei Erik Erikson (1973) und bei Margaret Blenkner (1965).

Axel Honneth und Martha Nussbaum diskutieren als international anerkannte Philosophen das Verhältnis von Gerechtigkeit, Solidarität, Sorge und Anerkennung und damit wichtige Grundlagen für die Zukunft des Generationenvertrages. Sie wenden sich gegen einen Gesellschaftsvertrag, der Solidarität nur technisch als Austausch z. B. von Versicherungsleistungen ansieht und der nur Lebenszeiten erfasst und berücksichtigt, in denen der Mensch „seine Autonomie genießt“ (Brumlik 2012, 160). Dies sei nur die eine Seite des Lebens, die andere Seite sei eben die alltägliche asymmetrische Sorge (vgl. Ravaioli 1987). Honneth und Nussbaum nehmen den totalen anthropologischen Tatbestand der Geburtlichkeit und Sterblichkeit des Menschen zum Ausgangspunkt ihrer Überlegungen zu einem allgemeinen Gesellschaftsvertrag, der eben auch für Gesellschaften des demografischen Wandels von Bedeutung ist. Menschen werden geboren und müssen sterben. Der Geburtlichkeit wie auch der Sterblichkeit folgt bzw. geht eine Phase von Hilfebedürftigkeit notwendig voraus. Auf diese totale Tatsache, dass Menschsein bedeutet, auf Hilfe angewiesen zu sein, antwortet eine humane Gesellschaft mit dem Prinzip Sorge und nicht mit der Zufälligkeit der Geburt oder des Schicksals. Axel Honneth (1995) formuliert deshalb, dass Fürsorge, Solidarität und Gerechtigkeit benachbarte Prinzipien sind.³ Gerechtigkeit ist nicht, wenn niemand einem anderen zur Last fällt, sondern wenn Autonomie als Prinzip durch Solidarität (alle kümmern sich um alle) und durch Sorge (man kümmert sich um diejenigen, die einem anvertraut sind) ergänzt wird. Erst durch diese Interdependenz aller drei Prinzipien entsteht Vertrauen in das eigene Leben. Martha Nussbaum diskutiert in ihrem gemeinsam mit Amartya Sen entwickelten Fähigkeitsansatz (Capability Approach, vgl. Brumlik 2012, Haller 2017) die Bedingungen für ein gutes menschliches Leben. Ganz oben steht bei ihr die Möglichkeit des Menschen, ein ganzes Leben zu führen, also nicht vorzeitig sterben zu müssen. Entsprechend sind alle Lebensphasen gleich wertvoll für ein gutes menschliches Leben, auch und gerade Lebensphasen jenseits von Autonomie und Vernunft. Beide wollen diese verletzbaren Leben und Lebensphasen von Behinderung, Weiblichkeit, Kindheit und Alter sowohl in Bezug auf die Anerkennung als auch in Bezug auf den gesellschaftlichen Schutz integrieren.

3 In der Philosophie Axel Honneths nimmt die menschliche Verletzungsanfälligkeit und Hilfebedürftigkeit einen zentralen Platz (Honneth 1995, 2000) ein. Sie sei wesentlicher Teil der menschlichen Würde. Diese Argumentation, dass gerade das hilfebedürftige und verletzungsoffene Leben quasi Rechtsansprüche wegen seiner Würde stellen kann, schließt kritisch an den modernen Umgang mit eben diesem hilfebedürftigen Leben an. So kritisiert auch Klaus Dörner (1994), dass der Eintritt in die Lebensphase der Hilfebedürftigkeit einhergeht mit einer „Umwandlung von Menschen in Sachen“. Es entstehe ein Versicherungsfall, der weitreichende Konsequenzen für die Würde des betroffenen Menschen hat, wenn die Versachlichung ohne Sorge und Zuwendung quasi durchschlägt.

Die Philosophie von Honneth und Nussbaum sind zentral für das Modellprogramm „Familiale Pflege“. Sie sind Gegenargumente gegen die utilitaristische Logik, die sich als Denkmuster auch in den Familien findet. Dominiert dieses Denken, entsteht in den Familien nicht nur massive Ungleichheit. Alte Menschen müssen dann zu Recht Angst vor dem Moment haben, an dem sie selbst hilfebedürftig werden. Sie können diese Hilfebedürftigkeit nicht als Teil ihres menschlichen Lebens erleben, sondern als schambehafteten Zustand des Unnützseins und als Last für andere. Dies zerstört, wie schon erwähnt, Vertrauen und damit die Basis jeder familialen Beziehung.

Die jährliche Evaluation im Programm „Familiale Pflege“ weist aus, dass Liebe das zentrale Motiv für die häusliche Pflege darstellt. In einer ökonomischen oder utilitaristischen Deutung macht Liebe dumm oder blind. Sie verhindert, sich die Opportunitätskosten der Sorge anzusehen. Nussbaum kommt zu einem anderen Schluss. Bei ihr beruhen Gefühle wie Liebe auf nachweisbaren und diskutierbaren moralischen Erfahrungen. Brumlik (2012) nennt die Liebe denn auch folgerichtig eine Fähigkeit im Sinne des Capability Approach und keinen karitativen romantischen Zustand außerhalb der Vernunft und des Gesellschaftsvertrages.

Im Modellprogramm „Familiale Pflege“ gehen wir davon aus, dass die Aneignung der postmodernen Ethik ein wichtiger Gewaltschutz ist. Wer um diese Philosophie weiß und so denken kann, wird ein Gewissen entwickeln, welches ihm hilft, alltägliche Dilemmasituationen und Stress zu verarbeiten, gleichzeitig aber auch die eigene Position zu vertreten, sich nicht zu unterwerfen oder zum Opfer zu werden, das sich schließlich „in der Falle“ fühlt (Görgen 2009). Entsprechend zentral sind eine Analyse des Denkens und ein Bildungsprozess. Den Familien und Professionellen hilft es, das hohe Alter, die Pflegebedürftigkeit und schließlich auch die Demenz im Sinne eines ganzen unteilbaren Lebens neu zu denken und nicht Lebensphasen der Produktivität aufzuwerten und solche der Abhängigkeit abzuwerten. Umgekehrt haben wir in Familien reichlich normalistisches und utilitaristisches Denken vorgefunden, vor allem im Zusammenhang mit Demenz und mit der Frage des Geschlechts, das heißt der Zuständigmachung der Frauen für die Pflege. Vor allem das normalistische Denken ist in den 1990er Jahren von Dörner (1994) als Rechtfertigung der Gewalt gegen alte und behinderte Menschen beschrieben worden. Dörner argumentiert, dass im Prozess der Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch Begutachtungen und Bewertungen, die quasi objektiv sind, unterschwellig auch festgestellt wird, in welchem Ausmaß der Betroffene nun eine Last für sich und andere darstellt. Er spricht von einem Minderwertig-Werden, wenn man zum Fall wird, von einer institutionellen Umwandlung von Menschen in Sachen. Das ist unserer Meinung nach der Kern der Anfangskrise in Familien. Aus einer Person wird ein Pflegefall. Es entsteht ein Prozess des Wertverlustes, die Würde verschwindet und macht dem Gefühl der Wertlosigkeit Platz. Dörner argumentiert weiter, dass im utilitaristischen Denken diese Wertlosigkeit so interpretiert würde, dass der Betroffene selbst nun keinen Gefallen mehr am Leben habe, weshalb es akzeptabel sei, dass man ihn aus diesem Zustand erlöse. Dies sei der Kern der Rechtfertigung von Gewalt. In Familien ist im Zusammenhang mit der Pflegekrise dieses Denken anzutreffen, es sei denn, jemand ist bereit, sich für die Pflege zu opfern. Das Modellprogramm „Familiale Pflege“ konfrontiert diese Haltung durch Aufklärung und entwickelt gemeinsam mit den Familien eine Praxis von innerfamiliärer Gerechtigkeit und praktischer Fairness in der alltäglichen Pflege. Konflikte in der pflegenden Familie, vor allem Scham und Gefühle der Wertlosigkeit entstehen nicht genuin, sondern vor allem durch die gesellschaftliche Deutung von Krankheit, Alter und Abhängigkeit und den daraus folgenden praktischen Umgang mit hochaltrigen

Menschen und ihren Familien. Altersbilder und Altersstereotypen spielen hier eine wichtige Rolle.⁴ Bildung und Beratung ermöglichen hier die notwendige Reflexion der Altersstereotypen sowohl bei den Familien als auch bei den Professionellen.

Familientheoretische Grundannahmen des Modellprogramms „Familiale Pflege“

Die klassischen Theorien zur Familie beschreiben diese bis in die 1980er Jahre hinein als funktionale, auf geschlechtlicher Arbeitsteilung, Trennung von Erwerbsarbeit und privatem Haushalt und auf elterlicher Autorität beruhende Zweigenerationengemeinschaft. Die Familienform wird jeweils als funktional zu den Anforderungen der Gesellschaft betrachtet. Aus der geschlechtlichen Arbeitsteilung entsteht eine zweigeteilte Welt: Berufswelt und Familienwelt, die den Geschlechterrollen entspricht: hier die auf Emotionen und Expressivität beruhende Familienwelt als Welt der Frauen, dort die instrumentelle auf technischer Vernunft beruhende Welt des Erwerbslebens, die der männlichen Rolle entspricht. In den 1980er Jahren ist dieser Geschlechtervertrag von Ulrich Beck als brüchig beschrieben worden. Die 1960er Jahre hätten eine Französische Revolution in die Familie getragen, die sich als Individualisierung bemerkbar mache und auch den Generationenvertrag berühre. Beck spricht von einem Ende der Solidarität zwischen den Generationen (vgl. Kunstmann 2010). In Bezug auf die Pflege zu Hause sprechen Wissenschaftler von einem Auslaufmodell oder davon, dass „familiale Pflegepotenziale erodieren“. Diese Erosion wird neben der Abnahme der Solidarität (Beck 1986) als notwendige Konsequenz der Individualisierung in modernen Gesellschaften auch in einer Überforderung der Familie gesehen. Ein eigener Stress- und Belastungsdiskurs ist hierzu entstanden. Das Bild, welches von pflegenden Familienangehörigen gezeichnet wird, ist das Bild von nicht kompetenten Laien, die überfordert und isoliert oder gar neurotisch an ihre alten Eltern gebunden seien (Seubert 1993, Geister 2002, zur Kritik auch Franke 2005). Die Übernahme der Verantwortung für die alten Eltern wird nicht als Entwicklungsaufgabe im Lebenszyklus, sondern in einer Art therapeutischem Diskurs zur Pflege in der Familie im Zusammenhang mit den früheren Beziehungen gesehen. Rollenumkehr, Parentifizierung, Koalitionsbildung, Sündenbock, Ausstoßung sind hier aus der Familientherapie stammende Stichworte, mit denen die pflegende Familie als „System“ beschrieben wird. Die Pflegebereitschaft basiere oft auf ungelösten kindlichen Abhängigkeitsbedürfnissen oder aus dem Wunsch wenigsten im Alter von den Eltern endlich mal akzeptiert zu werden (Geister 2002, 12). Wie kommt es, dass wir den Alltag in Familien mit immer mehr Diagnosen aus der Therapie beschreiben? Eine Reihe von Wissenschaftlern, auf deren Arbeiten wir uns beziehen, haben Zweifel sowohl an der funktionalistischen Auffassung wie auch an der Belastungs- und Therapiedeutung und sie plädieren dafür, die Familie aus ihrem Alltag heraus zu verstehen.

Besonders bedeutend ist hier die Familienforscherin Yvonne Schütze (z. B. 1995). Sie wendet sich dagegen, Familien immer nur aus der pathologischen Sicht zu beschreiben. Yvonne Schütze

4 Sie unterliegen Konjunkturen und wandeln sich (Borscheid 1987). Für das zwanzigste Jahrhundert lassen sich diese Konjunkturen als Aufwertung der Jugend zu Beginn des Jahrhunderts ausmachen, als massive Abwertung vor allem des bedürftigen Alters als „unnütze Esser“ in der NS-Zeit, bis hin zur Deutung des Alters als gerechter Lohn für arbeitsreiches Leben. Von 1980 an entsteht zudem analog zur Konsumgesellschaft (Baudrillard 2015) ein hedonistisches Altersstereotyp, in dessen Mittelpunkt der alte Konsumbürger steht. Dieses Altersbild gerät in den 1990er Jahren politisch in die Krise und macht dem Altersstereotyp der Belastung der mittleren Generation Platz.

und Frieder Lang (1992) plädieren dafür, Familien nicht vorwiegend auf der Folie der Therapie zu betrachten und dann ihre Probleme überdimensioniert in den Vordergrund zu rücken. Schütze und Lang machen darauf aufmerksam, dass diese negativen Sichtweisen auf die Familie bereits aus den 1960er Jahren datieren und sich nicht bewahrheitet hätten, was aber nicht zu einer Revision der populären Thesen geführt habe. Demgegenüber vertreten sie eine sozialpsychologische Sichtweise, die sich maßgeblich auf die Theorie des Lebens- und Familienzyklus bezieht und sich in das Konzept individueller und familialer Entwicklungsaufgaben gut einfügt (Gröning 2005). Zeitlich parallel zur nachelterlichen Phase im Familienzyklus finde im Lebenslauf eine zunehmend absehbare weitere und erwartbare Phase statt, jene Entwicklungsaufgabe und Lebensphase der Verantwortung für die alten Eltern. Schütze und Lang rezipieren hier Margaret Blenkner (1965) und den von ihr entwickelten Begriff der filialen Reife (*filial maturity*). Es entsteht eine normale und erwartbare Lebensphase der „Verantwortung für die alten Eltern“. Die Kinder übernehmen in dieser Phase immer mehr Hilfeleistungen und verstehen, dass ihre Eltern sie in naher Zukunft brauchen werden. Weil Eltern und Kinder im Laufe ihres Lebens sehr viele ethische Erfahrungen miteinander machen, wachsen tiefe emotionale Bindungen zwischen den Generationen. Mit dem Erwachsenwerden und der Verarbeitung der adoleszenten Entwicklungskrisen kommt es zu einer erneuten Identifizierung mit den Eltern. Diese können nun auf der Basis ihrer Generation, also als Angehörige einer bestimmten historischen Zeit und eines bestimmten sozialen Feldes, besser verstanden werden. Ihnen muss ihr Sosein nicht mehr vorgeworfen werden. Dies meint filiale Reife. Die Adoleszenzkrise geht unter und es entsteht die Bereitschaft des Erwachsenen zur Generativität, das heißt die Fähigkeit, sein Leben selbst auf der Folie seiner Zeit und seines Feldes zu betrachten. Conzen (2007) hat in Anlehnung an die Theorie der Entwicklungsaufgaben des Erwachsenenalters nach Erik Erikson dann auch Kritik an der therapeutisierenden Sichtweise geübt, dass nur die unmündigen und infantil gebliebenen Töchter bereit seien zur Pflege (vgl. auch Gröning 2005). Im Rahmen der Entwicklungsaufgabe der Generativität stellt er fest, dass eine gestörte Beziehung zwischen Eltern und Kindern nur eine Minderheit betrifft, und dass nicht der abhängige, sondern der gesunde Erwachsene sich um die alten Eltern kümmert. Gemeinsame ethische Erfahrungen begründen den Kern generativer Bindungen und erleichtern den Umgang mit der Sterblichkeit der Eltern bei den Kindern. Es sind demnach die primären Anerkennungserfahrungen (Honneth 1994), die der Generativität zugrunde liegen.

Bedeutung der Bildung

Die ethischen und familiendynamischen Positionen im Modellprogramm „Familiale Pflege“ im Sinne der Philosophie eines guten menschenwürdigen Lebens von Nussbaum (1999) und der Sozialpsychologie der Entwicklungsaufgaben im Sinne Blenkners (1965) und Eriksons (1973, vgl. auch King 2015 zur Bedeutung der Generativität) legen die Entwicklung und Präzisierung eines umfassenden Bildungsbegriffs für die Hochaltrigkeit und Pflegebedürftigkeit nahe. Von hoher inhaltlicher Bedeutung sind vor allem die Aussagen von Nussbaum (1999) und Honneth (1995) zur Gleichwertigkeit aller Lebensphasen, zur ethischen Bedeutung von Krankheit, Behinderung und Pflegebedürftigkeit für eine humane Gesellschaft sowie Klaus Dörners (1994) und Wolfgang Schmidbauers (1993) Aussagen zur Rechtfertigung von Gewalt als Erlösung von Leid.

Der Bildungsbegriff des § 45 des Pflegeversicherungsgesetzes ist zu eng geführt und funktional. Angehörige und Ehrenamtliche werden gleichberechtigt genannt. Die Pflegekurse sind zudem als Schulung angelegt. Sie sollen soziales Engagement fördern, Belastungen mindern, Fertigkeiten vermitteln, die Schulung soll auch zu Hause angeboten werden können. Der so formulierte Bildungsbegriff verbindet gleich mehrere Ziele: erstens mehr soziales Engagement – hier spiegelt sich das wohlfahrtspluralistische Prinzip der „neuen Kultur des Helfens“, zweitens die Reduktion von Belastungen – hier zeigt sich der Belastungsdiskurs – sowie drittens das Erlernen von Fertigkeiten und pflegerischen Verrichtungen. Im Gegensatz zu diesem Bildungsbegriff steht eine Reihe von empirischen Tatsachen. So fehlen die Geschlechter- und Alltagsdimension (*doing family*), die Dimension innerfamiliärer Gerechtigkeit, die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf und die Integration von Pflege in die Biografie. Ebenso fehlt eine Präzisierung der Rolle der Pflegeperson, obwohl diese in anderen Teilen des Pflegeversicherungsgesetzes als Erwartung sehr genau beschrieben ist. Dies betrifft sowohl den zeitlichen Umfang der Rolle als auch die Qualität und den Inhalt der häuslichen Pflege. Angehörige haben danach umfassende Pflichten gegenüber dem Pflegebedürftigen, sie haben eine advokatorische Rolle und müssen ihr Tun im Rahmen von Qualitätsbesuchen legitimieren. Auf diesen Zusammenhang nimmt der § 45 keine Rücksicht. Vielmehr lassen sich die Leitbilder des alten Pflegeversicherungsgesetzes erkennen: nützliche (weibliche) Arbeit zum Nulltarif und Entlastung durch professionelle Dienstleistungen. Dieser Bias im Pflegeversicherungsgesetz verdirbt die Solidaritätsethik in Familien. Ein weiteres Defizit im § 45 SGB XI ist das Ausblenden jeder Beziehung im Kontext von Lernen und Bildung. Im Kontext der Evaluation des Modellprogramms „Familiale Pflege“ haben wir zur Frage der Lernbedürfnisse und Lernbedarfe eine eigene explorative Lerneffektstudie durchgeführt.⁵

Dabei konnten folgende Lernfelder beschrieben werden:

- das Rollenlernen,
- das Identitätslernen bzw. die Selbstveränderung durch die Aneignung von psychosozialen Fähigkeiten und kritische Reflexion von Normen,
- das pflegerische Verrichtungslernen,
- das Lernen in Belastungssituationen bzw. in Krisen.

Dem gegenüber ist der Bildungsbegriff im Pflegeversicherungsgesetz bescheiden zu nennen (Gröning 2006b).⁶ Zum ersten herrscht Unverbindlichkeit vor. Bildung ist nicht eingebunden in

⁵ Die einzelnen Lernbegriffe umfassen sowohl technische Kompetenzen, Aneignung von spezifischem Wissen, Reflexion, Persönlichkeitsbildung wie auch Schlüssel- bzw. soziale Kompetenzen. Insbesondere das Erlernen der Rolle als pflegende_r Angehörige_r, die Identifizierung mit dieser Aufgabe und die Differenzierung und Gestaltung dieser Rolle, bildet für den nachfolgenden Bericht eine zentrale Kategorie. Im Rahmen dieses Berichtes wurden 230 Kurzkommentare der Pflegetrainierenden_innen aus den Mittelanforderungsbögen des Modellprogramms „Familiale Pflege“ unter der Fragestellung von Markern qualitativ analysiert. Zudem wurden drei Gruppendiskussionen mit Pflegetrainer_innen zum Thema Lerneffekte geführt und gestalttheoretisch (Rosenthal 1995) ausgewertet. Schließlich wurden Briefe, die Angehörige an die Pflegetrainer_innen geschrieben haben und Aufschlüsse über die Lernbeziehung und den Lernprozess während der Pflegetrainings geben, untersucht.

⁶ „In diesen Kursen sollen Kenntnisse vermittelt oder vertieft werden, die zur Pflegetätigkeit in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen notwendig oder hilfreich sind. Auch die Unterstützung bei seelischen und körperlichen Belastungen, der Abbau von Versagensängsten, der Erfahrungsaustausch der Pflegepersonen untereinander, die Beratung über Hilfsmittel, Rehabilitationsleistungen und die ‚Anwerbung‘ neuer ehrenamtlicher Pflegepersonen können Gegenstand der Kurse sein.“ (RDSchr.02j zu § 43a SGB XI Tit. 3.2 – § 45 SGB XI Tit. 1., S. 95184).

einen Qualitätssicherungsprozess für die häusliche Pflege. Während an anderer Stelle die Bedingungen für den Bezug von Pflegegeld an die Angehörigen recht umfangreich sind, herrscht beim Verständnis der häuslichen Pflege als Lern- und Entwicklungsprozess weitgehende Freiheit. Ob jemand überhaupt an einem Pflegekurs teilnimmt, welches Pflegeverständnis er/sie entwickelt und wie die Pflege dann zu Hause praktiziert wird, bleibt weitgehend dem betroffenen Angehörigen überlassen. Da Angehörigenbildung und damit Wissen und Qualifizierung in keinem Zusammenhang zu den Qualitätsanforderungen an die häusliche Pflege stehen, stützt sich die Qualität in der Pflege durch Angehörige vorwiegend auf den § 37 des Pflegeversicherungsgesetzes und ist Angelegenheit der Überprüfung durch Professionelle. Mit der Einführung der Pflegeversicherung institutionalisierte sich eine scharfe Trennung zwischen Laien und Experten. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen galten als Kunden der Leistungserbringer. Im Sinne der Kundenorientierung – Kunde kommt von kundig – wurden den Angehörigen weitgehende, vor allem psychosoziale und humanitäre Kompetenzen in der Pflege zugesprochen. Entsprechend zentriert sich der Bildungsbegriff der Pflegeversicherung auf Verrichtungen. Seit Mitte bis Ende der 1990er Jahre verändert sich diese Philosophie hin zu mehr problemorientierten Sichtweisen, die von einer hohen Belastung der Angehörigen durch die Pflege ausgehen. Techniken der Stressbewältigung und Entlastung durch Angebote sind hier die Antworten. Sie helfen aber nicht, die Problematik der häuslichen Pflege wirklich zu durchdringen, indem an den Sinnstrukturen des pflegerischen Alltags angeknüpft wird.

Die Angehörigen wollen wissen, warum ihre pflegebedürftige Mutter oder ihr Vater „wegläuft“, und nicht hören, dass das eigentlich nicht so genannt werden darf, allgemeine Erläuterungen zum Hirn mit Demenz helfen selten bei den Problemen des Alltags.⁷

Die Angehörigen müssen lernen, sich selbst als „sichere Basis“ für den Menschen mit Demenz zu sehen. Weiterhin ist für die Angehörigenbildung eine unklare und unscharfe Zielgruppenorientierung zu beklagen. Die Nicht-Thematisierung der Ehegattenpflege als eigenes Setting, das von der Elternpflege zu unterscheiden ist, die Nicht-Thematisierung der Geschlechterdimension und die funktionale Vereinheitlichung der Angehörigen als „Ehrenamtliche“ stellen vor diesem Hintergrund einen Verdeckungszusammenhang dar. Insgesamt fehlen den Pflegekursen eine gesellschafts- und sozialtheoretische Fundierung und damit eine Aufklärungsperspektive und ein angemessenes Konfliktverständnis. Tabuthemen wie Gewalt, Sexualität und Scham werden zu selten angesprochen. Hierzu bedarf es eines besonderen Lernraumes, der in der „schulischen“ Kursgestaltung kaum umgesetzt werden kann.

Ein besonderes Merkmal des Lernens im Kontext von häuslicher Pflege ist, dass Angehörige eine unmittelbare Vertrauensbeziehung brauchen, um sich ihre neue Rolle anzueignen. Mittels dieser Vertrauensbeziehung entwickeln die Pflegepersonen einen Verständnis- und Handlungsspielraum. Sie entwickeln durch Zuspruch und konkrete alltägliche Unterstützung im Bildungsprozess einen Möglichkeitssinn, das heißt, sie entwickeln Bilder, wie der Alltag zu Hause sinnvoll und für alle Beteiligten gut ablaufen kann. Im Zusammenhang mit einer demenziellen Erkrankung lernen Angehörige ihre Schamgefühle und Normalitätsängste zu reflektieren und eine ethische Perspektive auf krankheitsbedingte Persönlichkeitsveränderungen zu entwickeln. Angehörige

7 Benötigt wird Wissen zur Bindung und Bindungssuche im Sinne der Bindungstheorie von John Bowlby (vgl. Holmes 2006, Stuhlmann 2004), Wissen zur biografischen Traumatisierung, zum Kinderschicksal der heutigen Kohorten der Hochaltrigen und – wie erwähnt – zur salutogenetischen Betrachtung der Demenz.

lernen aber auch, sich durchzusetzen und das Pflegesetting zu bestimmen, sie lernen Hygiene und Verrichtungen über die Grundpflege hinaus, sie lernen Krankenbeobachtung und angemessene Kommunikation. Aus Briefen der Angehörigen wissen wir, dass Bildung nur in dem Rahmen funktioniert, wie sie mit Halt-Geben, mit Bestärkung in der Rolle, mit Zuspruch und Ermutigung, mit Teilen von Erfahrungen und Entwickeln von Möglichkeiten verbunden ist (vgl. Gröning, Kunstmann, Rensing & Röwekamp 2004).

Bildung ist entsprechend im Modellprogramm „Familiale Pflege“ jede Praxis, die in der familialen Pflege vorkommt. Sie ist nicht nur auf die Pflegekurse beschränkt, sondern findet sowohl in den Pflegetrainings, in den Familienberatungsgesprächen, in den Gesprächskreisen für Angehörige, kurz in allen Settings statt. Das Bildungsverständnis des Modellprogramms berücksichtigt die Tatsache, dass Angehörige zwar hoch motiviert sind, ihnen hingegen sehr häufig das Wissen und die Kenntnisse für die neue Rolle fehlen. Nicht selten übernehmen sie die Pflege, ohne explizite Kenntnisse zur Krankheit des Pflegebedürftigen, zur Prognose zu haben und ohne die Auswirkungen der Pflege auf ihr Leben einschätzen zu können. Hinzu kommen Wissensdefizite bezüglich der Möglichkeiten einer aktivierenden und ressourcenorientierten Pflege.

Maßgeblich für das Bildungsverständnis ist die Vertrauensbeziehung zwischen Pflegetrainer_in und den Angehörigen während des Krankenhausaufenthaltes bzw. sechs Wochen nach Entlassung. Diese Vertrauensbeziehung unterscheidet das Bildungsverständnis des Modellprogramms „Familiale Pflege“ vom Lernen bloßer Verrichtungen und Rollen. Es geht hier um mehr und um etwas anderes als um eine Schulung an einem Fall.

Zum Ersten: Tätigsein, Üben, Reflektieren sind hier interdependent gedacht. Die Beziehung zwischen Pflegetrainer_in und Angehörigen fassen wir als mütterlich fördernd auf, als „Hebammenkunst“, es gilt das hervorzubringen, zu entwickeln und fördern, was in der Familie als Potenzial und Ressource vorhanden ist. Insofern ist das Bildungsverständnis im Modellprogramm ebenfalls salutogenetisch.

Zum Zweiten: Die berufserfahrene Pflegekraft weiß um die Lebensphase der Sterblichkeit und des hohen Alters. Ihr Horizont bewegt sich zwischen dem „Im-Leben-Halten des Pflegebedürftigen“ und einer palliativen Perspektive. Angehörige hingegen erleben möglicherweise diese Phase zum ersten Mal. Was sie sehen, wird unter Umständen gar nicht verstanden. Aufklärung und Vermittlung von pflegespezifischem Wissen im Kontext von palliativer Pflege gehört in diesen Zusammenhang.

Zum Dritten: Die vorangegangenen Ausführungen zur Ethik der häuslichen Pflege legen die Arbeit am Familiennetzwerk nahe. Die Idee des Familiennetzwerkes wurzelt auch in den Forschungen zur Geschlechterdimensionen in der häuslichen Pflege (Gröning 2009, Kunstmann 2010, Gröning & Röwekamp 2007). Hier zeigt sich die innerfamiliäre Isolation der Pflegeperson als ein tragendes Stressmoment im Alltag. Pflegenden Angehörigen geraten in Stress und Belastungssituationen, wenn ihnen erstens der ethische Kompass zur Rechtfertigung der Sorge fehlt, wenn sie zweitens durch Mängel an konkretem Pflegewissen mit der Praxis überfordert sind und wenn sie weitgehend allein auf sich gestellt die Pflege innerhalb der Familie auch noch rechtfertigen müssen. Bildung für die Pflege muss deshalb über die pflegerischen Verrichtungen und die Praxis, wie sie der Schulungsbegriff des Pflegeversicherungsgesetzes nahelegt, hinausgehen. Fokus des

Bildungsbegriffs sollten alle Bedingungen der familialen Wohlfahrtsproduktion sein:

- Geschlechterdimensionen,
- Ethik der Sorge,
- Entwicklung praktischer Fairness im Kontext von Geschwisterbeziehungen,
- Entwicklung von filialer und parentaler Reife,
- Förderung der Generativität.

Sie sollten neben dem Verrichtungslernen stehen. Hier ist die Pflegeversicherung weiter zu entwickeln.

Zum Vierten: An zentraler Stelle der Grundannahmen des Modellprogramms „Familiale Pflege“ steht eine salutogenetische Betrachtung der Demenz als größtes Pflegeproblem sowohl in den Institutionen als auch in der Familie (Gröning 2012, Heimerl 2012). Das Denken über die Demenz ist heute maßgeblich von der Pathogenese bzw. dem pathogenetischen Denken in der Tradition von Alois Alzheimer geprägt. Jahrzehnte hat die Forschung damit zugebracht Demenz als Krankheit im Sinne einer einfachen Kausalität zu erklären. Seit den 1990er Jahren haben sich durch die Beiträge von Erich Böhm (psychobiografisches Modell), Erich Schützendorf (institutionskritisches ökologisches Akzeptanzmodell), Naomi Feil (Validation), Tom Kitwood (personen-zentriertes Modell) phänomenologische und salutogenetische Betrachtungen daneben platziert. Maßgeblich sind diese von Semiprofessionellen, also Sozialarbeitern und Pflegenden, formuliert worden, Gruppen, die im Pflegeversicherungsgesetz lediglich als Ausführende vorkommen oder wie die Pädagogik gar keine Rolle mehr spielen. Die salutogenetischen Ansätze zeichnen sich dadurch aus, dass sie das Verhalten von Personen mit Demenz nicht als Ausdruck der Krankheit, sondern als Suche nach Integrität, Identität und Personsein verstehen. Symptome sehen sie als Antwort auf die massiven Beschämungen (Gröning 2014), denen Menschen mit Demenz in einer utilitaristischen und missachtenden Umwelt ausgesetzt sind.

Organisationswissenschaftliche Grundannahmen im Modellprogramm „Familiale Pflege“

Das Modellprogramm „Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG“ gehört zu einem Typus von wissenschaftlichen Transferprojekten, die sich durch eine enge Verbindung von wissenschaftlicher Forschung und ethisch-wohlfahrtsstaatlicher Organisationsentwicklung auszeichnen. In den vergangenen 14 Jahren sind im Rahmen dieses Modellprogramms ca. 1.000 Pflegetrainer_innen in 412 Krankenhäusern qualifiziert worden. 62.000 Angehörige wurden im Jahr 2016 in den Ländern Schleswig-Holstein, Hamburg und Nordrhein-Westfalen erreicht. Die wissenschaftlichen Mitarbeiter_innen der Universität Bielefeld beraten und gestalten die Praxis des Modellprogramms prozessbezogen und beratend-kommunikativ auf der Basis eines organisationswissenschaftlichen Ansatzes aus der Tradition der Verwendungs- und Umsetzungsfor-schung. Mit den beteiligten Krankenhäusern und der Pflegekasse der AOK NordWest und Rheinland-Hamburg schließt die Universität Bielefeld dazu einen Dreiecksvertrag als Voraussetzung

für ein Arbeitsbündnis zur Unterstützung von Familien und Ehe- bzw. Lebenspartnern bei der Pflege zu Hause (begleitete Entlassung aus dem Krankenhaus bis sechs Wochen nach der Entlassung). Wesentliche Instrumente dazu sind Pflegetrainings im Krankenhaus sowie Pflegetrainings zu Hause, die so oft stattfinden können wie nötig, Familienberatungsgespräche zur fairen Aufteilung der Verantwortung und zur Ethik der Sorge, sogenannte Qualitätsschecks vor und nach der Entlassung zur Versorgung mit Hilfsmitteln und hinsichtlich des Medikamentenmanagements, Pflegekurse und Angehörigenbildungsgruppen.⁸ Mit diesen Interventionen und Instrumenten sind die Pflegetrainer_innen in der Lage, Defizite und Krisen in der häuslichen Pflege nach der Krankenhausentlassung zu kompensieren und die Pflegesituation zu stabilisieren. Die ca. 1.000 Pflegetrainer_innen bringen ihre pflegfachliche und soziale Expertise in das Projekt ein und werden von der Universität vor allem hinsichtlich der lebensweltlichen Besonderheiten der familialen Pflege qualifiziert. Das sind nach derzeitigem Erkenntnisstand familiäre Entwicklungsaufgaben einschließlich Bearbeitung von Ungleichheiten, Verläufe und Entwicklungen zur Pflegesituationen zu Hause, Pflegewissen hinsichtlich Rolle und Anwaltlichkeit der pflegenden Angehörigen, situationsbezogenes Pflegewissen, insbesondere zur Grundpflege, Inkontinenz sowie Demenzwissen im Sinne der Salutogenese. Weiterhin werden die Pflegetrainer_innen pädagogisch qualifiziert und lernen Grundkompetenzen in Beratung und Bildung von Angehörigen. Ein wichtiger Schwerpunkt im Modellprogramm ist die Pädagogik und Sozialpsychologie der Demenz, also die seit den 1990er Jahren entwickelte institutionskritische und salutogenetische Betrachtung der Demenz. Das Modellprogramm implementiert also in die beschleunigte und ökonomisierte Situation der Krankenhausbehandlung und Entlassung Bildungs- und Beratungsprozesse, Lern- und Aushandlungsräume zur pflegerischen Praxis, fairen Aufteilung der Pflege und zur Gestaltung sinnvoller Pflegesettings für Familien im Krankenhaus.

Zur finanziellen Förderung der vom Krankenhaus für die Familie durchgeführten Maßnahmen stellt die Pflegekasse der AOK NordWest und Rheinland/Hamburg Zuwendungen in erheblicher Höhe zur Verfügung und schafft so die notwendigen finanziellen Anreize im Krankenhaus zur Institutionalisierung der familialen Pflege in Form von Angehörigenschulen, Pflegeschulen, Kompetenzzentren (vgl. dazu Gröning et al. 2015). Gleichzeitig werden lebensweltliches Wissen und anwaltliche Rollen für die „anstrengenden Angehörigen“ in somatischen Krankenhäusern, den Rehakliniken und Psychiatrien aufgebaut.

An vielen Stellen liegt das Modellprogramm mit seiner nunmehr zehnjährigen Geschichte quer zu den realen Entwicklungen des „Systems Krankenhaus“, aber auch zu vielen soziologischen und gesundheitswissenschaftlichen System- und Beschleunigungstheorien, die dem Krankenhaus unweigerlich immer mehr Zentrifugaleffekte (Feuerstein 1993) und Unsteuerbarkeit von Prozessen vor allem für ältere Menschen bescheinigen und seine Möglichkeiten zur lebensweltnahen Gestaltung von guter Versorgung bei häuslicher Pflege sehr begrenzt sehen (vgl. von Blandow 2004, Schaeffer & Wingenfeld 2008). Vor allem die Situation von hochaltrigen Patienten, von Patienten mit Demenz und die Bedeutung des demografischen Wandels werden systemtheoretisch als hoch problematisch und kaum zu lösen beschrieben (von Blandow 2004).

⁸ Eine Übersicht der Förderinstrumente unter <http://www.uni-bielefeld.de/familiale-pflege/>

Organisationspädagogik

Die hier vorgestellte Perspektive des Modellprogramms „Familiale Pflege“ ist eine organisationspädagogische. Das Modellprogramm arbeitet mit dem systemtheoretischen Konzept von Zentrum und Peripherie von Organisationen nach Thomas Klatetzki (1993). Klatetzki beschreibt die Spannungen und gegensätzlichen Rationalitäten zwischen einer lebensweltlichen Peripherie und einem manageriellen Zentrum, welches vorwiegend betriebswirtschaftlich gesteuert ist. Das Modellprogramm setzt dieser Spannung das organisationspädagogische Konzept des Arbeitsbündnisses entgegen. Die nach Klatetzki an der Peripherie des Systems Krankenhaus tätigen Berufsgruppen erleben durch ihren Lebensweltbezug und die Alltagsnähe im Umgang mit Patient_innen und Angehörigen notwendig andere Konflikte als das Management. Notwendig stellen diese Gruppen ein Gegengewicht zu den dominanten manageriellen Denkweisen dar und sorgen für eine im manageriellen Zentrum meist unterschätzte System- und Versorgungsintegration im Krankenhaus durch Kommunikation, Holding, Containing und praktische Sorge. Lebensweltliche Professionelle und Semiprofessionelle sind aus der Perspektive des Modellprogramms an der Wertschöpfung in Organisationen beteiligt, sie sind aber vor allem Wohlfahrtsproduzenten und in dem Maße, wie sie ethisch handeln, auch Anerkennungsproduzenten. Für die Auswahl der Pflegetrainer_innen im Modellprogramm „Familiale Pflege“ sind die beiden letztgenannten Fähigkeiten maßgeblich. Diese Personen gilt es im Krankenhaus aufzufinden. Mit viel organisationspädagogischer Überzeugungsarbeit in Richtung Betriebsleitung der Krankenhäuser ist es gelungen, eine Funktion von familienbezogener Bildung und Beratung im Kontext der Krankenhausentlassung, also am Übergang vom System zur Lebenswelt, zu institutionalisieren.

Wohlfahrt und Anerkennung als gefährdete ethische Handlungsmaßstäbe im System Krankenhaus und das Gegengewicht der familialen Pflege

Die Gesundheitspolitik der vergangenen 20 Jahre hat die Krankenhäuser einer deutlichen Orientierung am Wertschöpfungsprozess unterzogen und damit im Sinne der Systemtheorie Geld zum entscheidenden Kommunikationsmittel gemacht. So agieren und denken nun auch die Akteure im Krankenhaus, die sich mit diesem Ziel der Wertschöpfung, des Managements und der Führung identifizieren und Gesundheitsdienstleistungen in erster Linie verkaufen wollen – auch international. Dass diese Wertschöpfungsorientierung nicht gleichzusetzen ist mit einer Verbesserung der Wohlfahrtsproduktion – also mehr Gesundheit – wird heute vor allem an der Kritik über zu viele Operationen (vgl. Süddeutsche vom 23. August 2013), Krankenhauskeime, einen postoperativ vermeidbaren Delir (Gurlit 2008), die Behandlung von Patienten mit Demenz laut (Kleina & Wingefeld 2007, Kirchen-Peters 2013, Isfort et al. 2014), um nur die wichtigsten Brennpunkte für die hochaltrigen Patienten zu nennen. Auch die Überleitung in die familiäre und häusliche Versorgung und die Unterstützung der Familien kann als ein solcher Brennpunkt benannt werden. Die Mehrheit der Patienten wird den Angehörigen in einem sehr verletzlichen und instabilen Zustand faktisch „vor die Tür gekippt“.

Wertschöpfung, Wohlfahrtsproduktion und Anerkennung

Hochaltrige, gebrechliche und vor allem demenzkranke Patienten unterscheiden sich von jüngeren Patienten durch eine geringere Fähigkeit zur Koproduktion beim Pflege- und Behandlungsprozess, durch geringere Spannungstoleranz, durch Affektbestimmtheit mit teilweise instinkthafter Reaktionen von Verteidigung und Flucht und durch ein Bedürfnis nach sicherer Bindung und asymmetrischer Fürsorge. Neben den genannten Handlungsmaßstäben der Wertschöpfung und Wohlfahrtsproduktion bedarf ihre Pflege und Behandlung eines dritten ethischen Maßstabes, jenen der Anerkennung (Honneth 1994). Pflegende Familien haben, wenn man ihre Lebensweisen anerkennt und ihren Beitrag an der Wohlfahrtsproduktion berücksichtigt, deutliche Bedarfe an haltgebender Anleitung, Wissensvermittlung, Beratung, Reflexion, Hilfestellung bei ihrer Rollenentwicklung und Gestaltung der pflegerischen Settings zu Hause. Diese Bedürfnisstrukturen gehören zum Aspekt der Wohlfahrtsproduktion im Sozialwesen und stehen in Spannung zur strukturellen Entwicklung und teilweise auch zu akteursbezogenen Interessen im Krankenhaus in den vergangenen beiden Jahrzehnten. Sie bringen Ärzte und Pflegende an die Grenzen ihrer Rollen, wenn im Krankenhaus das Dreieck zwischen Wertschöpfung (Ökonomie), Wohlfahrt (Sozialstaatsprinzip) und Anerkennung (Ethik) nicht mehr hergestellt werden kann. In der (Wieder-)Herstellung dieses Dreiecks, bezogen auf die poststationäre Versorgung pflegebedürftiger, hochaltriger und demenzkranker Patienten und ihrer Familien liegt eine wichtige Sinndimension des Modellprogramms „Familiale Pflege“. Es ist schließlich nicht im Interesse der Wohlfahrtsproduktion, dass im Krankenhaus erfolgte Behandlungen und Entscheidungen durch unzureichende häusliche Rahmenbedingungen oder durch Abbruch der Versorgung konterkariert werden. Viel zu wenig wird die Dringlichkeit dieses Dreiecks von den Betriebsleitungen vieler Krankenhäuser wahrgenommen. Auf Grund einer geschätzten geringen Wertschöpfung einer guten Überleitung nach Hause werden periphere, lebensweltliche Ansprüche einer verbesserten Versorgung hochaltriger, pflegebedürftiger und demenzkranker Patienten nach dem Krankenhaus durch Bildung und Beratung von Familien unterbewertet. Die meisten Betriebsleitungen reagieren trotz karitativer und diakonischer Leitbilder auf das Angebot zuerst mit Zurückhaltung, Desinteresse oder stellen sofort die ökonomische Frage. Nicht wie viel sinnvolle Wohlfahrtsproduktion, sondern wie viel betriebswirtschaftlichen Gewinn wirft eine verbesserte Überleitung im genannten Sinn ab?

Die Randständigkeit von alten Menschen und ihren pflegerischen und medizinischen Bedürfnissen im Akutkrankenhaus hat organisationstheoretisch betrachtet jedoch nicht nur ökonomische Dimensionen. Eine weitere Bedeutung haben angsterregende Bilder von „guten“ und „schlechten“ Patienten (Dörner 1994, Schmidbauer 1993, Gröning 2000). Viele Professionelle verstehen zum Beispiel die Verhaltensweisen von Patienten mit Demenz nicht und reagieren auf deren Ängste mit Dominanz. Auch der personalintensive Aufwand für die Betreuung und Behandlung von Patienten mit Demenz, hochaltrigen Patienten und die Bildung und Beratung ihrer Familien liegt quer zur ausschließlich wirtschaftlichen Rationalität. Eine bedürfnisgerechte Versorgung von alten Patient_innen und die Sicherstellung einer hinreichend guten häuslichen Anschlusssituation können außerdem mit den kurzfristigen wirtschaftlichen Interessen einer Abteilung oder des Hauses kollidieren. Vor allem Häuser mit wirtschaftlichen Problemen, die durch Fallsteigerung ihre wirtschaftlichen Probleme zu lösen versuchen, neigen dazu, sich mit den Anforderungen an eine hochaltrigkeitsgerechte Pflege und Medizin zuerst einmal überfordert zu fühlen. Schließlich sind Patienten, die umfassend verletzungsoffen, störend, schwierig und kaum zu heilen sind, ein

angsterregendes Problem. Aus diesen drei Dimensionen – Systemprobleme, Interessendimensionen und psychische Dimensionen – ergeben sich Fragen nach den Ansätzen einer guten Organisationsentwicklung im Kontext von altersgerechter Medizin und Hilfe von pflegebedürftigen Patienten und ihren Familien.

Systemveränderungen durch Wissenschaft – geht das?

Soziologisch werden Probleme des Gesundheitswesens mit der Unsteuerbarkeit von sozialen Systemen begründet. Als autopoietisches System habe sich das Gesundheitswesen Mitte des 19. Jahrhunderts ausdifferenziert (vgl. Mayntz & Rosewitz 1988, nach Bandelow 2004, 92). Im Sinne von Luhmann (vgl. Bandelow 2004) erzeuge das Gesundheitssystem „nicht nur seine Strukturen, sondern auch die Elemente, aus denen es besteht, fortlaufend selbst (Luhmann 1997, 65, in Bandelow 2004, 93). Systeme verändern zu wollen sei, wie Luhmann 1998 sagte, der von der Unsteuerbarkeit sozialer Systeme ausging, vergleichbar mit dem Regentanz der Hopi-Indianer oder dem Aufblasen von Kühen, um mehr Milch zu bekommen (vgl. Mayntz & Scharpf 2005, 236). Mayntz und Scharpf, Gewinner des Luhmann-Preises 2004, haben sich von diesem Denken Luhmanns abgegrenzt und sprechen von einem „systemtheoretischen Totalitarismus“. Es sei sehr wohl möglich, Systeme zu steuern, denn gerade im Gesundheitswesen zeige sich, dass es nicht um eine „autopoietische Geschlossenheit von Systemen“ ginge, sondern um den politischen Willen und die politischen Interessen seiner Akteure. Weiterhin argumentieren beide, dass Systeme höchst sensibel auf Sanktionen und Anreize reagierten, vor allem, wenn diese durch Kritik und Überzeugung unterstützt würden. Die Argumentation der beiden Preisträger schließt direkt an eine ältere, organisationspädagogische Arbeit über gruppendynamische Interventionen (vgl. Glasl & von Sassen 1983) an. Diesem Modell liegt das Programm der familialen Pflege zu Grunde. Wir intervenieren pädagogisch, durch Verhandlung, Kommunikation, auch Konfrontation, gruppendynamische Prozesse und Supervision. Hier steht das Arbeitsbündnis an einer herausragenden Stelle der Beziehungsgestaltung, um Wissen in eine Organisation zu implementieren. Dieses Arbeitsbündnis ist auch für das Modellprogramm „Familiale Pflege“ leitend.

Wie Wissen in Organisationen kommt

Es war die Verwendungsforschung in den 1980er Jahren, die darauf aufmerksam gemacht hat, dass Organisationen einen eigenen systemischen Umgang mit Wissen haben. Während soziale Systeme nach naturwissenschaftlichem und technischem Wissen meist dringend suchen, um damit ihre Prozesse zur Rationalisierung und Steigerung der Wertschöpfung anzustoßen, verhält es sich mit dem lebensweltbezogenen und kritisch-reflexiven Wissen anders. Dieses Wissen wird in Organisationen in dem Maße diskriminiert, wie es Hierarchien und Rationalisierung stört (vgl. Daheim 1989). Die Produktivität lebensweltbezogener und kritischer Erkenntnis für die Organisation erschließt sich dem manageriellen Zentrum in einer Organisation nicht (Klatetzki 1993). Die Implementation dieser Programme bedarf einer prozessbezogenen kommunikativen Begründung und einer entsprechenden Bearbeitung, also eines pädagogischen Aktes. Die Erkenntnis, dass der Wissenschaftler quasi zum Berater werden muss, damit lebensweltbezogenes, hermeneutisches und kritisches Wissen überhaupt eine Chance auf Anerkennung in Organisationen hat, ist schon in den 1980er Jahren unter dem Dach der sogenannten Verwendungsforschung beschrieben worden. Verwendungsforscher interessierten sich für Brüche und Transformations-

probleme zwischen sozialen Systemen und (wissenschaftlicher) Umwelt (Beck & Bonß 1989). Wissenschaftliche Akteure und Organisationen müssen auf Dauer Arbeitsbündnisse miteinander schließen. Solche Arbeitsbündnisse dürfen nicht aus vorwiegend repräsentativen oder legitimierenden Funktionen bestehen oder sich in ihnen erschöpfen, wie dies vielfach in wissenschaftlichen Beiräten gepflegt wird. Wissenschaftliche Beratung im organisationspädagogischen Sinn heißt Anwaltlichkeit und dauerhaftes Verhandeln auf der Basis eines kontraktierten Arbeitsbündnisses und Herstellung der von Klatetzki geforderten kommunikativen Brücke zwischen Zentrum und Peripherie in Organisationen.

Wissenschaftliche Beratung und Bildung in diesem Sinn ist nicht frei von Interessen und Mandaten. Schon 1980 publizierte eine Forschungsgruppe um den Bielefelder Soziologen Karl Kahn eine Systematik zum Verhältnis von kritischer Wissenschaft und betrieblicher Praxis (vgl. Katterle et al. 1980). Sie erhoben die Interessenspannung zum Thema für die Wissenschaft. Die Wissenschaft als unabhängiger Akteur mit einer eigenen moralischen Autorität sollte sich quasi reflexiv und rationalisierend zwischen die Interessenkonflikte und Handlungsmaßstäbe in Organisationen schieben können. Wissenschaft sollte als dritte Kraft fungieren und eine eigene reflexive und im Kontext des wissenschaftlichen Begründungszusammenhangs gewonnene Wahrheit dem Betrieb zur Verfügung stellen. Dabei sind ihre Ergebnisse grundsätzlich intersubjektiv überprüfbar und sollen in einer betrieblichen Öffentlichkeit auf Richtigkeit und Tauglichkeit hin geprüft werden. Gleichzeitig machten sie darauf aufmerksam, dass diese moralisch rationale Autorität von Wissenschaft nur zum Tragen kommt, wenn diese aktiv im Feld berät und verhandelt. Wissenschaftliche Erkenntnisse bedürfen, um für die Organisationen verwertbar zu sein, einer besonderen konsensorientierten Kommunikation. Im Rahmen einer handlungstheoretisch fundierten Soziologie wurden im Forschungsansatz der Umsetzungsforschung die wissenschaftliche Weiterbildung und die wissenschaftliche Beratung als wesentliche Strategie der Veränderung entwickelt. Faktisch greift der Ansatz deutlich in das Rollenverständnis von Wissenschaftlern und Wissenschaftlerinnen im praktischen Feld ein, die als eigenständige Akteure und Anwälte ihrer Erkenntnisse verstanden werden. Sie müssen ihren Beobachterstandpunkt zu Gunsten eines Beraterstandpunktes erweitern und verändern. Dieser wissenschaftliche Habitus kommt der habitus-reflexiven verstehenden Forschungsauffassung von Bourdieu entgegen. Die neue Rationalität der Wissenschaft – beschleunigte Produktion wissenschaftlicher Erkenntnis, Wettbewerb, Publikation – widerspricht dieser Anforderung.

Mit Mayntz und Scharpf (2005) wiederum verstehen die im Modellprogramm „Familiale Pflege“ tätigen Wissenschaftler_innen Krankenhäuser nicht nur als soziale Systeme, sondern auch als „Territorien“ (Foucault 2006), in denen handlungsfähige Akteure durchaus interessenbezogen entscheiden (Mayntz & Scharpf 2005, 237). Neben den binären Funktionslogiken von Systemen werden gouvernementale (regierende) Kulturen angenommen. Dies bedeutet, dass die wissenschaftliche Beratung bei der Umsetzung des Modellprogramms durch das Nadelöhr der jeweiligen Organisationsregierung gebracht werden muss. Die wissenschaftliche Beratung muss dabei sowohl über die Fähigkeit verfügen, ihre Erkenntnisse und Prinzipien im Sinne von wissenschaftlichen Gegenhorizonten zu vertreten, als auch, sie mit den Interessen in den jeweiligen Organisationen in einen Konsens zu bringen. Prinzipien von wissenschaftlicher Vernunft, praktischer Fairness und sozialem Konsens prägen diese Beratung. Diese Fähigkeiten fordern vom Wissenschaftler, von der Wissenschaftlerin beratungs- und gruppendynamische Kompetenz.

Organisationsentwicklung

Neben den genannten Prinzipien der Verwendungsforschung müssen aus der Erfahrung mit den Anstrengungen zur „Implementation politischer Programme“ (Mayntz 1983) Erkenntnisse der Organisationsentwicklung berücksichtigt werden. Diese Erkenntnisse beziehen sich auf den äußeren Rahmen des Modellprogramms. Vor allem Glasl (1983) und Sievers (1977) haben sich mit dem Problem des Wissenstransfers in Organisationen befasst. Sie reflektieren unterschiedliche Strategien des Wissenstransfers: Rationale Strategie, Anreiz- und Sanktionsstrategie und die pädagogische Strategie der Persuasion. Vor allem Glasl (1983) schlägt zur Umsetzung von systemsperrigem, lebensweltlichem und kritischem Wissen in Organisationen eine Interdependenz von allen drei Strategien vor, um Veränderungen zu bewirken. Neben den rationalen Strategien, also klassische wissenschaftliche Beratung und Überzeugung (Persuasion), sind deshalb Anreiz- und Sanktionsstrategien nötig. Im Modellprogramm „Familiale Pflege“ gehören die Beratungen, die Weiterbildungen und Entwicklungsgruppen zur Persuasion, daneben gibt es erhebliche Anreize durch Vergütung der einzelnen praktischen Leistungen der Pflegetrainer_innen aus der Pflegeversicherung zusätzlich zu den Fallpauschalen der Krankenversicherung. Eine gewisse Sanktionsdrohung existiert dadurch, dass die Pflegekassen Teil des Arbeitsbündnisses sind und bei Bedarf eingeschaltet werden können.

Der organisationspädagogische Habitus des Umsetzungsforschers

Aus den bisherigen Erfahrungen mit der Verwendung und Umsetzung von wissenschaftlichem Wissen in Organisationen lassen sich verschiedene Regeln über die Rollenveränderung von Wissenschaftlerinnen im Feld der Organisationen festhalten. Umsetzungsforscher_innen dürfen nicht den traditionellen Habitus des Homo academicus pflegen, das heißt von der Hoheit des Systems Wissenschaft und ihrer Erkenntnis ausgehen. Wissenschaft und zu beratende Organisationen sind als gegenüberliegende soziale Systeme anzusehen. Umsetzungsforscher sollen sich reflexiv im Sinne Bourdieus (vgl. Friebertshäuser, Rieger-Ladich & Wigger 2006) dem Feld zur Verfügung stellen und die Irritationen und Brüche, die sich aus dem Kontakt zwischen Wissenschaft und Praxis ergeben, ethnografisch registrieren und wiederum wissenschaftlich im Sinne eines hermeneutischen Zirkels bearbeiten. Überhaupt kann das reflexive Wissenschaftsverständnis von Bourdieu als sehr gut anschlussfähig an die Umsetzungs- und Verwendungsforschung angesehen werden. Wissenschaftler_innen werden, wie schon Hans Daheim u. a. (1989) schilderte, im Umsetzungsprozess auf Agenten im Feld treffen, die ihre Aufgabe darin sehen, die Normen des Systems in der Lebenswelt notfalls mittels Sanktionen durchzusetzen. Sie werden ebenfalls auf Akteure treffen, die wissenschaftliches Wissen nur unter der Perspektive des unmittelbaren wirtschaftlichen oder politischen Nutzens für die Organisationen anerkennen und ihm sonst keinen eigenen Wert zuerkennen wollen. Sie werden schließlich auf territoriale Bewusstseinsstrukturen und einen hoheitlichen Habitus treffen, der in der Wissenschaft, vor allem in der Kritik, einen Übergriff auf das eigene Territorium sieht. Gleichzeitig werden Umsetzungsforscher_innen die Erfahrung des Umworbenseins machen. Angebote zur Identifizierung mit einer Perspektive müssen ebenso reflexiv verstanden werden, wie Aggression, Entwertung und Ablehnung. Entsprechend müssen Umsetzungsforscher_innen ein reflexives Verhältnis zur notwendigen Verstrickung im Feld haben (Lewin 1963, Devereux 1998).

Der Wissenschaftler ist weiterhin Anwalt und Übersetzer der Peripherie und der Lebenswelt. In der Zusammenarbeit mit der Peripherie braucht der Umsetzungsforscher ein Bewusstsein darüber, dass er über allgemeines Wissen, die Praktiker jedoch über die Besonderheit der konkreten Erfahrung verfügen. Dieses Besondere des einzelnen Feldes und der Arbeitenden in ihm gilt es zu respektieren und zu berücksichtigen, wenn nicht Schamdynamiken entstehen sollen. Häufig prallen vor allem in öffentlichen Debatten das allgemeine wissenschaftliche Wissen, welches häufig aggregatbezogen ist, und die konkrete subjektive Erfahrung zusammen. Dies kann ideologische Abwehr gegen die wissenschaftlichen Daten sein. Möglich ist aber auch, dass im Sinne der Gestalttheorie subjektive Erfahrungen und wissenschaftliche Daten im Sinne von Teil und Ganzem zusammengehören, sich aber noch nicht sinnhaft zueinander verhalten, weil ein entsprechender theoretischer Rahmen fehlt. An solchen Stellen darf Wissenschaft sich nicht aus der Praxis zurückziehen oder die Überlegenheit des empirischen oder theoretischen Wissens behaupten, sondern muss eine erklärend suchende und fragende Haltung beibehalten.

Wer kann als **Pflegetrainer_in** arbeiten?

Für die Auswahl der **Pflegetrainer_innen** sind Kriterien wie eine salutogenetische Grundorientierung, Fähigkeit zum advokatorischen Handeln, Fähigkeit Solidaritätsbeziehungen eingehen zu können, Berufserfahrung und Organisationskompetenz, verhandelnder Umgang mit Hierarchien und Akteuren im Kontext der häuslichen Pflege maßgeblich. Wünschenswert sind zudem eigene Erfahrung in der Angehörigenpflege, eine ethische Grundeinstellung zum alten Menschen und die Fähigkeit, mit Projektstrukturen umzugehen. Diese Personen gilt es im Krankenhaus aufzufinden und für ihre Arbeit mit Familien zu bilden und zu professionalisieren. Gleichzeitig gehört es zum Entwicklungsprozess der Rolle der **Pflegetrainer_innen**, anwaltlich zu arbeiten und Abläufe und Entscheidungen im Krankenhaus nun mit den Augen der Angehörigen zu sehen. Notwendig bilden die **Pflegetrainer_innen** reflektierende Kompetenzen aus. Sind diese Bedingungen erfüllt, gelingt die Institutionalisierung einer Funktion von familienbezogener Bildung und Beratung im Kontext der Krankenhausentlassung, also am Übergang vom System zur Lebenswelt. Allerdings ist die Beratung der **Pflegetrainer_innen** und der Projektverantwortlichen im Krankenhaus durch die Mitarbeiter_innen der Universität Bielefeld von großer Bedeutung. Hier stehen drei Dimensionen im Mittelpunkt des Beratungsverständnisses: die Personenentwicklung der **Pflegetrainerin**, ihre Rollenentwicklung und die Systementwicklung im Krankenhaus.⁹

⁹ Im Bereich der Personenentwicklung liegt vor allem eine Veränderung des professionellen Selbstverständnisses im Hinblick auf die Ethik, hier ist vor allem die Veränderung des Denkens bei Demenz hervorzuheben. Die meisten **Pflegetrainer_innen** haben bis zur Weiterbildung an der Universität Bielefeld keinen Zugang zu einer salutogenetischen Betrachtung der Demenz. Im Bereich der Rollenentwicklung spielen sowohl die Ausstattung, der Status und die Positionsrolle der **Pflegetrainer_innen** in der Hierarchie des Krankenhauses eine wichtige Rolle. Haben sie Zugang zu Informationen, werden sie rechtzeitig in Fragen der Anschlussversorgung eingebunden, wie gestaltet sich die Schnittstelle zu den Stationen? Auf der Ebene der Systementwicklung machen die Krankenhäuser zumeist zu ihrer völligen Überraschung die Erfahrung, wie stark die Gruppe der hoch-altrigen Patient_innen und ihrer Angehörigen einer Verdeckung und Beschleunigung unterliegt. Die besonderen Bedürfnisse dieser Gruppe werden vom System Krankenhaus nicht registriert, weshalb es zu einer Reihe von Risiken und problematischen Entscheidungen kommt.

Literaturverzeichnis

- Bandelow, N. von (2004). Governance im Gesundheitswesen. Systemintegration zwischen Verhandlung und hierarchischer Steuerung. In Lange, S. & Schimank, U. (Hrsg.). Governance und gesellschaftliche Integration (S. 89-107). Wiesbaden, VS-Verlag.
- Baudrillard, J. (2015/1970). Die Konsumgesellschaft. Wiesbaden: Springer VS-Verlag.
- Beck, U. (1986). Risikogesellschaft Auf dem Weg in eine andere Moderne. Frankfurt a. M.: Suhrkamp Verlag.
- Beck, U. & Bonß, W. (1989) (Hrsg.). Weder Sozialtechnologie noch Aufklärung. Zur Verwendung sozialwissenschaftlichen Wissens in politisch administrativen Systemen. Frankfurt a. M.: Suhrkamp Verlag.
- Benhabib, S. (2008). Die Rechte der Anderen. Frankfurt a. M.: Suhrkamp Verlag.
- Blenkner, M. (1965). Social Work and Family Relations in Later Life with Some Thoughts on Filial Maturity. In Shanes, E. & Streib, G. (Eds.). Social Structure and the Family: Generational Relations. New Jersey: Prentice Hall.
- Blinkert, B. & Gräf, B. (2009). Deutsche Pflegeversicherung vor massiven Herausforderungen. In Deutsche Bank Research (Hrsg.): Aktuelle Themen 442 (S. 1-23). Frankfurt a. M.
- Borscheid, P. (1987). Geschichte des Alters (Bd. 1.). Münster: Steiner Verlag.
- Brumlik, M. (2012). Aspasia. Laudatio auf Martha Nussbaum anlässlich der Verleihung der Ehrendoktorwürde durch die Universität Bielefeld am 27. Juni 2011. In Neue Praxis, Jg. 42 (2), 160-165.
- Conzen, P. (2007). Fürsorge für die alten Eltern – eine Kernaufgabe des Erwachsenenalters? Zu Eriksons Konzept der Generativität. In Bauer A. & Gröning K. (Hrsg.). Die späte Familie. Intergenerationenbeziehungen im hohen Lebensalter (S. 167-180). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Daheim, H., Kollmer, J., Messmer, H. & Olscha, C. (1989). Wie ist Verständigung möglich? Kommunikation zwischen Wissenschaft und Praxis in Seminaren der beruflichen Fortbildung von Verwaltungsangehörigen. In Beck, U. & Bonß, W. (Hrsg.). Weder Sozialtechnologie noch Aufklärung. Zur Verwendung sozialwissenschaftlichen Wissens in politisch administrativen Systemen (S. 196-225). Frankfurt a. M.: Suhrkamp Verlag.
- Devereux, G. (1998). Angst und Methode in den Verhaltenswissenschaften (4. Auflage). Frankfurt a.M.: Suhrkamp-Verlag.
- Dörner, K. (1994). Die gesellschaftliche Umwandlung von Menschen in Sachen. In Frankfurter Rundschau vom 9.11.1994, S. 9.
- Eckstein, C. (2009). Geschlechtergerechte Familienpolitik. Wahlfreiheit als Leitbild für die Arbeitsteilung in der Familie. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

- Erikson, E. H. (1973). Identität und Lebenszyklus. Frankfurt a. M.: Suhrkamp Verlag.
- Feuerstein, G. (1993). Versorgungsqualität und Systemintegration. Über Schnittstellen im Behandlungsgeschehen und ihre Bedeutung für die Analyse und Gestaltung komplexer Versorgungsstrukturen In: Badura, B., Feuerstein, G. & Schott, Thomas (Hrsg.). System Krankenhaus. Arbeit, Technik und Patientenorientierung (S. 41-67). Weinheim/München: Juventa Verlag.
- Foucault, M. (2006). Sicherheit, Territorialität, Bevölkerung. Geschichte der Gouvernementalität I, Vorlesungen am Collège de France. Frankfurt a. M.: Suhrkamp Verlag.
- Friebertshäuser, B., Rieger-Ladich, A. & Wigger, L. (2006). Reflexive Erziehungswissenschaft. Forschungsperspektiven im Anschluss an Pierre Bourieu. Wiesbaden: Springer VS-Verlag.
- Franke, L. (2005). Demenz in der Ehe. Frankfurt a. M.: Mabuse Verlag.
- Geister, C. (2002/2004): Weil ich für meine Mutter verantwortlich bin. Der Übergang von der Tochter zur pflegenden Tochter. Bielefeld/Bern: Huber-Verlag.
- Glasl, F. (1983) (Hrsg.). Verwaltungsreform durch Organisationsentwicklung. Bern/Stuttgart: Paul Haupt-Verlag.
- Glasl, F. & von Sassen, H. (1983). Reformstrategien und Organisationsentwicklung. In Glasl, F. (Hrsg.). Verwaltungsreform durch Organisationsentwicklung (S. 17-46), Bern/Stuttgart: Paul Haupt-Verlag.
- Görger, T. (2009). Gewalterfahrungen im Alter. URL: http://www.pea-ev.de/fileadmin/download/btb_2011_texte/Vortrag_Goergen.pdf.
- Gröning, K. (2000). Über Gewalt in der Pflege. In Neue Praxis. Zeitschrift für Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Sozialpolitik. 30. Jg. (6), 587-596.
- Gröning, K., Kunstmann, A.-C. & Rensing, E. (2004). In guten wie in schlechten Tagen. Konfliktfelder in der häuslichen Pflege. Frankfurt a. M.: Mabuse-Verlag.
- Gröning, K., Lienker, H. & Radtke-Röwekamp, B. (2007). Neue Herausforderungen im Übergang vom Krankenhaus in die familiäre Pflege. Handbuch zur Umsetzung des Modellprojektes „Familiäre Pflege unter den Bedingungen der G-DRG's" Theoretische Implikationen, Konzepte, Durchführung, Engpässe und Erfolgsfaktoren. Bielefeld: Eigenverlag.
- Gröning, K. (2005). Therapeutisierung der familialen Altenfürsorge. Formulierung eines Unbehagens. In Sozialer Fortschritt. Jg. 54 (3), 69-76.
- Gröning, K. (2006a). Das Pflegeversicherungsgesetz und die Pädagogik. In. Neue Praxis Zeitschrift für Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Sozialpolitik, Jg. 36 (2), 225-235.
- Gröning, K. (2006b). Hochaltrigkeit und Pflege zu Hause als Herausforderung für die Weiterbildung. In Zeitschrift für Weiterbildungsforschung Jg. 29 (3), 41-51.
- Gröning, K. & Röwekamp, B. (2007). Geschlecht und demografischer Wandel unter besonderer Berücksichtigung familialer Pflege. Konflikte und Beziehungsgestaltung in der späten

- Familie. In IFF Info, Heft 24, 65-71.
- Gröning, K. (2009). Generationenbeziehungen und Generationenfürsorge in modernen Zeiten. In: Jansen, M. (Hrsg.). *Pflegende Frauen und sorgende Männer* (Polis 49). 29-42.
- Gröning, K. (2011). Vereinseitigungen. Der Diskurs um Geschlecht und Gewalt gegen Pflegebedürftige. In *Gender, Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft* Jg. 2, 76-89.
- Gröning, K. (2012). Menschen mit Demenz in der Familie. Ethische Prinzipien im täglichen Umgang. Wien: Picus Verlag, 7-40.
- Gröning, K. (2014). *Entweihung und Scham* (6. Auflage). Frankfurt a. M.: Mabuse Verlag.
- Gröning, K., Sander, B. & Kamen, R. von (Hrsg.) (2015). *Familiensensibles Entlassungsmanagement. Festschrift zu zehn Jahren Modellprojekt „Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG“*. Frankfurt a. M.: Mabuse-Verlag.
- Gurlit, S. (2008). Maßnahmen zur Verhinderung eines perioperativen Delirs. URL: http://www.klinikum-augsburg.de/index.php/fuseaction/download/lrn_file/vortrag-gurlit-altersdelir.pdf
- Haller, D. (2017): Capabilities Konzepte als Schlüsselkonzepte für soziale Arbeit. In *Neue Praxis* Jg. 47 (4), 305-324.
- Heimann, R. (2009). Barrieren in der Weiterbildung. Habitus als Grundlage von Karriereentscheidungen. Marburg: Tectum Verlag.
- Heimerl, K. (2012). Menschen mit Demenz haben uns etwas Wichtiges zu lehren. In Gröning, K. & Heimerl, K. (Hrsg.). *Menschen mit Demenz in der Familie. Ethische Prinzipien im täglichen Umgang. Wiener Vorlesung 2012* (S. 41-61). Wien: Picus Verlag.
- Holmes, J. (2006). *John Bowlby und die Bindungstheorie*. Gießen: Psychosozial Verlag.
- Honneth, A. (1994). *Der Kampf um Anerkennung. Zur moralischen Grammatik sozialer Konflikte* Frankfurt a. M.: Suhrkamp Verlag.
- Honneth, A. (1995). Zwischen Gerechtigkeit und affektiver Bindung. Die Familie im Brennpunkt moralischer Kontroversen. In *Deutsche Zeitschrift für Philosophie* Jg. 43 (6), 989-1004.
- Honneth, A. (2000). *Das Andere der Gerechtigkeit. Aufsätze zur praktischen Philosophie*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp Verlag.
- Isfort, M. et al. (2014): *Pflegethermometer. Eine bundesweite Befragung leitender Pflegekräfte zur Versorgung von Patienten mit Demenz im Krankenhaus*. URL: http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Pflege-Thermometer_2014.pdf (23.12.2014).
- King, V. (2015). Die Krisen der Nachkommen. Die Zukunft der Generativität. In *Zeitschrift für Psychologie und Gesellschaftskritik*. (2-3), 154-155.
- Klatetzki, T. (1993). *Wissen, was man tut. Professionalität als organisationskulturelles System. Eine ethnographische Interpretation*. Bielefeld: Kleine Verlag.

- Kleina, T. & Wingenfeld, K. (2007). Die Versorgung demenzkranker älterer Menschen im Krankenhaus (IPW 135). Bielefeld: Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld.
- Katterle, S. & Krahn, K. (1980). Wissenschaft und Arbeitnehmerinteressen. Köln: Bund-Verlag.
- Kirchen-Peters, S. (2013). Akutmedizin in der Demenzkrise? Chancen und Barrieren für das demenzsensible Krankenhaus. Saarbrücken: Iso.
- Kunstmann, A.-C. (2010). Familiäre Verbundenheit und Gerechtigkeit: fehlende Perspektiven auf die Pflege von Angehörigen. Eine Diskursanalyse. Wiesbaden: VS Verlag.
- Lewin, K. (1963). Feldtheorie in den Sozialwissenschaften. Ausgewählte theoretische Schriften. Bern: Huber-Verlag.
- Luhmann, N. (1997). Die Gesellschaft der Gesellschaft. Zwei Teilbände. Frankfurt a. M.: Suhrkamp Verlag.
- Mayntz, R. (Hrsg.) (1983). Implementation politischer Programme. Wiesbaden: Springer VS-Verlag.
- Mayntz, R. & Rosewitz, B. (1988). Ausdifferenzierung und Strukturwandel des deutschen Gesundheitssystems, in: Mayntz, R. (Hrsg.). Differenzierung und Verselbständigung. Zur Entwicklung gesellschaftlicher Teilsysteme (S. 117-179). Frankfurt a. M.: Campus-Verlag.
- Mayntz, R. & Scharpf, F. (2005) Politische Steuerung – Heute? In Zeitschrift für Soziologie, Jg. 34 (3), 236-243.
- Müller, B. (1997). Sozialpädagogisches Können. Ein Lehrbuch zur multiperspektivischen Fallarbeit. Freiburg i. Br.: Lambertusverlag.
- Nauck, B. (2006). Wie Familien zu helfen wäre. In Ministerium für Generationen, Familie, Frauen und Integration NRW (Hrsg.). Demografischer Wandel. Die Stadt, die Frauen und die Zukunft. Düsseldorf, 103-116.
- Nussbaum, M. (1999). Gerechtigkeit und das gute Leben. Frankfurt a. M.: Suhrkamp-Verlag.
- Ravaioli, C. (1987). Die beiden Seiten des Lebens. Hamburg: VSA Verlag.
- Rosenthal, G. (1995). Erzählte und erlebte Lebensgeschichte. Frankfurt a. M.: Campus Verlag.
- Runde, P. (1999). Einstellung und Verhalten zur häuslichen Pflege und zur Pflegeversicherung unter den Bedingungen des gesellschaftlichen Wandels. Analysen und Empfehlungen auf der Basis von repräsentativen Befragungen bei AOK-Leistungsempfängern der Pflegeversicherung.
URL: http://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bund/pflege/media-thek/pflege_mediathek_studie_pflege.pdf (Stand 28.05.2018).
- Runde, P., Giese, R., Kaphengst, C. & Hess, J. (2009). AOK-Trendbericht Pflege II. Entwicklungen in der häuslichen Pflege seit Einführung der Pflegeversicherung.
URL: <http://www.wir-pflegen.net/wp-content/medien/AOK-Trendbericht-Pflege-II1.pdf> (Stand 04.08.2010).

- Schaeffer, D. & Wingefeld, K. (2008). Qualität der Versorgung Demenzkranker. Strukturelle Probleme und Herausforderungen. In *Pflege und Gesellschaft*, 13. Jg. (3), 293-305.
- Schmidbauer, W. (1993). *Pflegenotstand. Ende der Menschlichkeit*. Reinbek bei Hamburg: Rororo.
- Schütze, Y. (1995). Ethische Aspekte von Familien- und Generationsbeziehungen. In *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, Jg. 8 (1/2), 31-38.
- Schütze, Y. & Lang, F. (1992). Verantwortung für alte Eltern – eine neue Phase im Lebenslauf. In *Familie und Recht*, 3. Jg. (6), 336-341.
- Schultheis, F. (1993). Genealogie und Moral: Familie und Staat als Faktoren der Generationsbeziehungen. In Lüscher, K. & Schultheis, F. (Hrsg.). *Generationsbeziehungen in „postmodernen“ Gesellschaften* (S. 415-433). Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft.
- Seubert, H. (1993). *Zu Lasten der Frauen. Benachteiligung von Frauen durch die Pflege alter Eltern*. Pfaffenweiler: Centaurus Verlag.
- Sievers, B. (1977). *Organisationsentwicklung als Problem*. Stuttgart: Klett-Verlag.
- Süddeutsche Zeitung (2013). Zahl der Operationen stark gestiegen.
URL: <http://www.sueddeutsche.de/gesundheit/gesundheitszahl-der-operationen-stark-gestiegen-1.1752706> (Stand 14.3.2018).
- Stuhlmann, W. (2004). *Demenz – wie man Bindung und Biographie einsetzt*. München: Reinhardt.

